



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Grado en Enfermería**

Curso Académico 2016/ 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE CON  
DEMENCIA EN FASE INICIAL**

**NURSING CARE PLAN FOR PATIENTS WITH INITIAL DEMENTIA**

Autor: Ignacio Marqués Moneo

Director: Carmen Muro Baquero

## INDICE:

1	RESUMEN	2
2	INTRODUCCIÓN	4
3	OBJETIVOS	7
	3.1 OBJETIVO PRINCIPAL	7
	3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
4	METODOLOGÍA	7
	4.1 METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	7
	4.2 METODOLOGÍA DEL PLAN DE CUIDADOS	10
	4.2.1 VALORACIÓN	10
	4.2.2 DIAGNÓSTICO	11
	4.2.3 PLANIFICACIÓN	12
	4.2.4 IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN	12
5	DESARROLLO	13
	5.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO	13
	5.2 APLICACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS: PLANIFICACIÓN	18
6	CONCLUSIONES	30
7	BIBLIOGRAFÍA	31
8	ANEXOS	35

## 1. RESUMEN

**Introducción:** El diagnóstico inicial de demencia en el paciente puede llevar a un conjunto de emociones por parte del mismo como ansiedad, negación y aislamiento social. Su transformación en objeto de cuidados y la de su entorno en cuidadores principales va a requerir de la enfermera de Atención Primaria un procedimiento estandarizado para abordar este impacto en la vida del paciente.

**Objetivo:** Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado para paciente con demencia inicial ajustado a las necesidades del mismo y de sus cuidadores con el fin de poder mantener un estilo de vida de calidad.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de los cuidados en los pacientes con demencia en bases de datos y algunas páginas oficiales. Con la información obtenida y mediante la aplicación del proceso enfermero en base al modelo de Virginia Henderson, se elaboró un Plan de cuidados estandarizado con taxonomía NANDA que reflejan las intervenciones a seguir por la Enfermera que interactúe con un paciente diagnosticado con demencia y su cuidador.

**Conclusiones:** Se encontró evidencia del impacto que supone el diagnóstico inicial de demencia, especialmente en pacientes que no sean conscientes del deterioro cognitivo que sufren. El Plan de Cuidados Estandarizado será útil en la educación sobre la demencia del paciente y su cuidador, previniendo así actitudes perjudiciales y la sobrecarga en el cuidador, pudiendo afrontar el envejecimiento como algo natural y llevar el control de su patología.

**Palabras clave:** Demencia, cuidados, leve, moderada, terapia, cuidador, prevalencia, screening.

## ABSTRACT

**Introduction:** The initial diagnosis on the patient might produce a group of emotions on him like anxiety, negation and social isolation. His transformation on a care target, and the transformation of his relatives on caregivers, will require from the primary attention nurse a standardized procedure to approach this impact on the patient's life.

**Objective:** To design a nurse Standardized Care Plan for patients with early dementia allowing to maintain a quality life style.

**Methodology:** A literature review on caring of patients with dementia on some databases and few official websites was performed. With this information and the application of a nurse procedure based on the Virginia Henderson's model, a standardized care plan with NANDA taxonomy was elaborated to reflect the interventions to be followed by the nurse who interacts with a patient with a dementia diagnosis and her caregiver.

**Conclusions:** Evidence about the effect of the dementia diagnosis was found, especially on patients that are unaware of the cognitive deterioration that they suffer. The Standardized Care Plan will be useful in the education of the patient and his main caregiver about dementia, preventing harmful attitudes and the burn-out of the caregiver, confronting positively the aging and taking control of his pathology.

**Keywords:** Dementia, cares, mild, moderate, therapy, caregiver, prevalence, screening.

## 2. INTRODUCCIÓN

Es difícil reconocer de forma precoz el desarrollo del deterioro cognitivo en ese intervalo entre la normalidad y demencia diagnosticable, llegándose a confundir a veces con un mero envejecimiento cerebral normal. Esta fase es lo que se denomina deterioro cognitivo leve o ligero (DCL), y puede ser amnésico o no amnésico, si la memoria está comprometida o no <sup>1</sup>.

La demencia se define como: "síndrome clínico caracterizado por el déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos (SCPD), también denominados síntomas conductuales y emocionales o síntomas neuropsiquiátricos" <sup>2</sup>.

No hay que confundir el DCL con el síndrome confusional agudo o delirium que vendría a ser un trastorno grave, reversible y con cambios fisiológicos destacables, frente a la cronicidad y los cambios fisiológicos más leves de la demencia <sup>2</sup>.

En las últimas décadas se ha incrementado el interés por las demencias en el ámbito de la enfermería por su repercusión en: una población cada vez más envejecida, en el gasto sanitario, y por lo que implica en el resto de sociedad, especialmente sus cuidadores <sup>3</sup>.

Respecto a los tipos de demencia, en función de su etiología, tenemos la causada por la enfermedad de Alzheimer (EA) (60%), delante de la demencia vascular (15-20%) y la asociada a la enfermedad de Parkinson (EP) (10-15%) <sup>4</sup>.

El DCL es un motivo frecuente de consulta de atención primaria (AP) con una prevalencia del 15-20% en mayores de 60 años, y una incidencia global del 7,6% <sup>5</sup>. La incidencia global mundial de la demencia se estima alrededor de 7,5/1.000 personas al año. El principal factor de riesgo es el envejecimiento, siendo la incidencia de demencia <5/1.000 personas-año en menores de 65 años, y creciendo exponencialmente hasta los 70-75/1.000 personas-año a los 90 años <sup>2</sup>. En España la prevalencia de deterioro cognitivo es del 18,5% de la población, llegando al 45,3% por encima de los 85 años

<sup>5</sup>. Aunque también existen otros factores predisponentes como el nivel educativo bajo <sup>4</sup>.

El abordaje de la demencia se centra en el cuidado de manifestaciones cognitivas como serían la ansiedad, la depresión y el estrés <sup>4</sup>. En estadios leves o moderados (en los que se centra este trabajo), estas manifestaciones son: repeticiones, alteraciones del sueño y trastornos de los hábitos alimentarios <sup>6</sup>.

En varios estudios, la mayoría de las intervenciones estaban dirigidas a la reducción de la ansiedad y depresión del paciente y de los cuidadores, por medio de terapias de relajación <sup>3</sup>. El abordaje de la demencia también se ha centrado en terapias no farmacológicas llamadas estimulaciones cognitivas <sup>7</sup>. Estas terapias están destinadas al mantenimiento de sus capacidades, su autonomía y evitando que aumente la dependencia funcional a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria <sup>8</sup>.

No solo es posible aspirar al mantenimiento del deterioro o retrasar su avance en un intento desesperado por evitar la demencia de estadios más avanzado. La intervención psicomotriz de un PCD puede favorecer la mejora el estado funcional y de la autoestima de la misma además de enlentecer la progresión del deterioro cognitivo <sup>9</sup>.

La mayor parte de los pacientes diagnosticados lo son en un estado evolutivo moderado, siendo importante un tratamiento precoz que mejore sus beneficios y retrase el deterioro de sus capacidades cognitivas <sup>10</sup>.

El diagnóstico inicial de demencia provoca un gran impacto en el paciente y en su entorno. Además, la transformación del paciente en un objeto de cuidados antes de la aparición de síntomas evidentes puede afectar a su autonomía, intimidad y dignidad, llegando incluso a impedir que asuma su patología y rechace el diagnóstico <sup>11,12</sup>.

El diagnóstico precoz conlleva diversas formas de menosprecio o desamparo bioético que ha de ser corregido para no recurrir al asedio compasivo y los sufrimientos silenciosos, todo ello con atención efectiva <sup>11</sup>.

Por ello, en esta delicada situación se requiere de la enfermería en atención primaria el apoyo y educación, no solo del paciente, también de su entorno más cercano que pueda desempeñar el rol de cuidador <sup>7</sup>. Cuando la

relación con el mismo ha sido estrecha y la enfermera ha sido accesible, las complicaciones en cuidados (hasta los de alta complejidad) son reducidas en gran medida <sup>13</sup>.

Una gran parte de los pacientes diagnosticados de demencia viven en el domicilio con quien será planteado como cuidador principal <sup>14</sup>. Este papel de cuidador lo desempeña en su mayoría una mujer, como serían la madre, la esposa o una hija, o incluso un cuidador contratado, pero todos ellos sin formación (es decir, cuidadores informales), con un nivel de sobrecarga muy alto y por ello han de ser incluidos en el abordaje de enfermería <sup>13,15</sup>. Las personas de la tercera edad, casados, que tengan hijos a su cargo, con niveles de estudio bajo-medio (primarios-BUP-COU), y con un nivel económico bajo, serán grupos más vulnerables como cuidadores <sup>16</sup>.

Existe cierta tendencia de aumento de demanda de ayudas externas de profesionales e instituciones por parte de los cuidadores <sup>14</sup>. Aun así, prevalece una satisfacción generalizada en el abordaje de las personas con demencia (PCD) por parte de la atención primaria y de la consulta de neurología. Esto se debe al trabajo de unos profesionales dedicados y motivados en su campo, y cuidadores de actitud positiva <sup>17</sup>.

En este trabajo de fin de grado, se elaborará un plan de cuidados estandarizado (PCE) del paciente con demencia en estadios iniciales o intermedios. Cabe destacar la diferencia entre un PCE y un plan de cuidados (PC), ya que este último estaría enfocado a un caso clínico concreto, y el estandarizado vendría a regirse por factores comunes en un paciente típico cuyos datos obtendríamos de la revisión bibliográfica, y serviría para el abordaje de cualquier paciente con esta patología <sup>18</sup>.

El PC se realizará a partir de los conocimientos y habilidades adquiridos en el desarrollo de este grado de Enfermería y mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Se utilizará el modelo de cuidados de Virginia Henderson para su elaboración, siguiendo la valoración mediante terminología NANDA-NOC-NIC (NNN) de sus catorce necesidades fundamentales y su nivel de dependencia, independencia o dificultad en su realización. Así pues, la enfermera será la encargada de reemplazar, acompañar o asistir en dichas actividades.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado para paciente con demencia inicial ajustado a las necesidades del mismo y de sus cuidadores con el fin de poder mantener un estilo de vida de calidad.

#### 3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Enunciar mediante taxonomía y lenguaje enfermero estandarizado los problemas de salud que puedan encontrarse.
- Seleccionar un numero coherente de diagnósticos de Enfermería para la elaboración de este plan de cuidados.
- Redactar utilizando taxonomía internacional NANDA, NIC y NOC los resultados esperados y las actividades a realizar para conseguirlos.

### 4. METODOLOGÍA

#### 4.1 METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En la realización de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica en las distintas bases de datos que se encuentran a disposición de la página de la universidad de Zaragoza (PubMed, ScienceDirect, Cuiden, Google Académico). Esta información se ha complementado con la adquirida en páginas del ministerio de sanidad de distintas comunidades autónomas (Cataluña y Andalucía), y artículos de escuelas de enfermería y de hospitales de distintas partes de España. Además, para la realización del PAE se han utilizado los libros de taxonomía enfermera, NANDA, NIC Y NOC. Algunas Guías aunque consideradas anticuadas por el paso de más de 5 años, estaban pendientes de actualización en el momento de la realización de este trabajo

En la búsqueda en estas bases de datos se utilizaron como palabras clave: "demencia", "dementia", "cuidados", "care", "caregiver", "screening", "prevalencia", "España", "leve" y "moderada".

También se incluyeron filtros en dichas búsquedas bibliográficas. En las búsquedas en Cuiden, se redujeron los artículos encontrados a los últimos 7 años (desde 2010). En PubMed los filtros de ambas búsquedas fueron, artículos de los últimos 7 años (desde el 2010), el texto completo estuviese



disponible y fuesen artículos en español. Para las búsquedas en ScienceDirect como filtros de búsqueda se seleccionaron que los artículos fuesen desde el 2010 al presente para ambas búsquedas, y en el caso de la búsqueda con "Dementia screening" también se usó el filtro de artículos con acceso disponible. Las búsquedas realizadas con Google Académico fueron con las palabras "guía clínica demencia", "escala depresión geriátrica" y "Proceso enfermero NNN" contenidas en el título, y en el caso de la segunda búsqueda se concretó con el filtro que delimitara los artículos únicamente recatados entre el 2010 y el presente.

Se seleccionaron aquellos artículos que trataran como tema la demencia en estadios iniciales y el impacto del diagnóstico en el paciente y su cuidador. Se descartaron tras una lectura completa aquellos que hicieran énfasis en la demencia en estadios más avanzados o se centrara únicamente en la fisiopatología de EA o EP y se desviara del objetivo del trabajo del abordaje del paciente en el diagnóstico inicial.

Con la información recogida se ha procedido a la contextualización de la demencia y el DCL en la introducción, y la descripción del PAE, que se ha de realizar mediante taxonomía enfermera, como más adelante se explica el apartado de metodología.

**Tabla 1.** Bases de datos consultadas en la búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Palabras clave	Criterios de búsqueda	Encontrados	Seleccionados	Utilizados
<b>Cuiden</b>	"demencia" AND "cuidados"	2010-2017	50	11	5
	"demencia" [palabra clave] AND ("leve" OR "moderada" [título])		2	2	2
	"cuidados" AND "cronicidad"		18	5	1
	"demencia" AND "terapia"		2	2	1
<b>PubMed</b>	"dementia" [MeSH Terms] AND "Care" [All Fields]	2010-2017 + Free full text + español	42	7	3
	"dementia" [MeSH Terms] AND "caregiver" [MeSH Terms]		22	4	2
<b>ScienceDirect</b>	"dementia" AND "prevalencia"	2010-2017	10	4	2
	"Dementia" AND "screening"	2010-2017 + open Access articles	12	2	1
<b>Google Académico</b>	"guía clínica demencia"	"todas las palabras en el título"	10	3	2
	"Proceso enfermero NNN"		6	2	1
	"escala depresión geriátrica"	"todas las palabras en el título" +2010-2017	4	2	1

## 4.2 METODOLOGÍA DEL PLAN DE CUIDADOS

Utilizando la estructura del PAE, se realiza un PCE para la aplicación de cuidados sobre PCD en un estadio leve o moderado <sup>19</sup>.

El PAE según Rosalinda Alfaro es un método sistemático y científico que facilita un pensamiento crítico y permite tratar al paciente integralmente identificando problemas de salud reales o potenciales. Está dividido en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación <sup>19</sup>

### 4.2.1 VALORACIÓN

Proceso de recogida de datos con el fin de identificar los problemas de salud, continuo, y que se realizará mediante el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson (Anexo 1). Dicho modelo es uno de los más sencillos y conocidos en nuestro ámbito laboral, permitiendo la colaboración interdisciplinar y el uso de lenguajes estandarizados (NNN) <sup>20</sup>.

Además de los recursos típicos de la valoración como serían la entrevista, la observación y la historia clínica, será muy importante la utilización de escalas, como medida de objetivación del deterioro cognitivo <sup>20</sup>.

En España se han desarrollado varios test cognitivos breves, pero no existen recomendaciones en su uso. Estas escalas no solo miden el deterioro cognitivo del paciente, también déficits en el cuidador:

- Escala de ansiedad de Hamilton: Aplicable en el momento del diagnóstico inicial para valorar su impacto en el paciente y su cuidador (Anexo 2) <sup>21</sup>.
- Escala de Pfeiffer: objetivara la existencia de deterioro de memoria a corto y largo plazo (Anexo 3) <sup>21</sup>.
- Cuestionario de Zarit: detectará sobrecarga del cuidador una vez se realice el seguimiento del paciente tras el diagnóstico (Anexo 4) <sup>21</sup>.
- Test de depresión geriátrica de Yesavage: valorará la depresión patología frecuente en edad avanzada, y más aún en aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado (Anexo 5) <sup>21</sup>.

- Fototest: útil en AP y consultas especializadas, y con sujetos con dificultad de idioma y en la escritura, medirá la fluidez verbal en la descripción de distintas fotos (Anexo 6) <sup>22</sup>.
- Memory Impairment Screen (MIS): el paciente lee y posteriormente se le hace recordar, facilitando palabras si es necesario (Anexo 7) <sup>22</sup>.
- Test episódico y el test episódico del cuidador: necesario un informador fiable, se mide la memoria episódica, recuerdos particulares de experiencias autobiográficas (Anexo 8) <sup>23</sup>.

Con lo que se obtenga de la búsqueda bibliográfica se procederá a objetivar los campos en los que se producen las manifestaciones de dependencia y cuáles son las fuentes de esas dificultades, por falta de: fuerza física/psicológica, conocimientos o voluntad.

#### 4.2.2 DIAGNÓSTICO

Con la información recogida en la búsqueda bibliográfica se determinará los problemas susceptibles de ser abordados solamente por la enfermera (diagnóstico de enfermería), y por el médico y la enfermera (problema de colaboración) <sup>24</sup>.

El diagnóstico enfermero (DxE) según la NANDA, corregida en 2009, es “un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable” <sup>24</sup>.

Existen varios tipos de DxE: de promoción de actividades ya positivas o de promoción, de riesgo de actitud o comportamientos que comprometan la salud del paciente, y DxE reales, en los que el problema de salud relacionado con ciertos factores etiológicos queda manifestado <sup>24</sup>.

Para elaborar estos diagnósticos utilizamos su taxonomía, definida como “clasificación ordenada de los núcleos diagnósticos que sean de interés para la enfermería”. Consta de tres niveles, de menos a más concreto: dominios, clases, y por último la etiqueta correspondiente al diagnóstico (Anexo 9) <sup>24</sup>.

### 4.2.3 PLANIFICACIÓN

Después de valorar las capacidades del paciente e identificar los problemas de salud del mismo y de su cuidador gracias a la búsqueda bibliográfica efectuada, se seleccionarán un número coherente de diagnósticos que haga posible la elaboración de un plan de cuidados y educación junto al paciente y su entorno para abordar dichos problemas <sup>25</sup>.

La determinación de objetivos será el establecimiento de Resultados Esperados (RE), es decir, los estados o conductas obtenidos de una persona o familia mediante la realización de intervenciones enfermera/s. La clasificación de Resultados Esperados (RE) (Nursing Outcomes Classification o NOC) tiene cinco niveles, de menos a más concreto: dominios, clases, resultados esperados, indicadores de esos resultados, y una escala Likert para valorar esos indicadores (p.ej.: de "totalmente de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo") (Anexo 10) <sup>25</sup>.

El siguiente paso para el cumplimiento de dichos objetivos será decidir las intervenciones para la consecución de esos objetivos fijados, y las actividades de enfermería pertinentes para la consecución de esas intervenciones. decidirán las intervenciones y actividades de enfermería a seguir <sup>26</sup>.

Estos cuidados pueden ser una acción dependiente de la indicación de otro profesional, independiente, efectuándose como propio conocimiento y capacidad (dentro de la legalidad) de las enfermeras, o interdependientes, en las que se actúa conjuntamente en un equipo multidisciplinar <sup>26</sup>.

La clasificación de intervenciones de enfermería (Nursing interventions classification o NIC) tiene tres niveles, de menos a más concretos: campos, clases y las intervenciones con sus respectivas actividades (Anexo 11) <sup>26</sup>.

### 4.2.4 IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN

Una vez detectados los problemas de salud del paciente y concretado los cuidados que se llevarán a cabo para la consecución de ciertos objetivos, comienza la etapa del proceso enfermero en la que se

pone en marcha el plan de cuidados planificado. A la vez que evaluamos nuestra actuación también se valora continuamente al paciente como se indica anteriormente <sup>19,20</sup>.

En este Trabajo de Fin de Grado no se llevará a cabo la ejecución como el PAE lo describe para un PC ya que no van a ser implementadas en un caso clínico. Este PCE será implementado en cualquier paciente que cumpla estas características, como apoyo inicial de paciente y de sus acompañantes. Y, con todo ello, se espera dar voz al diagnóstico de demencia inicial, y el DCL, que parece ser un problema menor de lo que es, que afecta a menos gente de lo que parece, pero que puede llegar a ser igual de incapacitante para el paciente en sus relaciones sociales que cualquier otra patología más diagnosticada.

## 5. DESARROLLO

### 5.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Con el fin de iniciar nuestra valoración del paciente tipo, se realiza una búsqueda bibliográfica para la comprobación de las manifestaciones más características del paciente con demencia en estadios leves o moderados, y con ayuda de guías clínicas de buena práctica, recopilamos cuales son los DxE más característicos de esta patología. Asociando dichos DxE redactados mediante taxonomía NANDA con la información obtenida, también se refleja el déficit causante de ese DxE, es decir si por ausencia de voluntad, de conocimientos, o fuerza psíquica o física.

**Tabla 2.** DxE encontrados en la búsqueda bibliográfica según las necesidades de Virginia Henderson (en negrita aquellos seleccionados para el PCE).<sup>26</sup>

<b>NECESIDAD</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
<b>1. Respirar normalmente.</b>	No encontrados.
<b>2. Comer y beber adecuadamente.</b>	<u>Déficit de autocuidado: alimentación (00102)</u> : falta de motivación y/o conocimientos. El DCL a veces repercute de manera negativa en las actividades más fundamentales como la alimentación. Por efecto de los olvidos, las repeticiones y el posible descuido personal, el PCD puede desatender su alimentación, teniendo unas consecuencias graves a largo plazo <sup>6</sup> .
<b>3. Eliminar por todas las vías corporales.</b>	No encontrados.
<b>4. Moverse y mantener posturas adecuadas.</b>	No encontrados.
<b>5. Dormir y descansar.</b>	<u>Trastorno del patrón de sueño (00198)</u> , e <u>insomnio (00095)</u> : falta de fuerza psíquica y motivación. La desorientación temporal que el paciente con deterioro cognitivo progresivo sufre puede acarrear cambios en el patrón del sueño, recurriendo a cabezadas diurnas y posteriormente no poder conciliar el sueño por las noches <sup>6</sup> .
<b>6. Vestirse y desvestirse.</b>	No encontrados.
<b>7. Mantener la temperatura corporal dentro los límites normales.</b>	No encontrados.

<p><b>8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.</b></p>	<p>No encontrados.</p>
<p><b>9. Evitar peligros y lesionarse a uno mismo o a otros.</b></p>	<p><b><u>Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)</u></b> y <b><u>descuido personal (00183)</u></b>: falta de fuerza psíquica progresiva. Con la evolución de la demencia se acompañará el deterioro en las capacidades para la AVD manifestándose con repeticiones y trastornos del hábito alimentario. Se inicia una evolución hasta fases más avanzadas donde es incapaz de mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables <sup>6</sup>.</p> <hr/> <p><b><u>Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)</u></b> y <b><u>estrés por sobrecarga (00177)</u></b>: falta de conocimientos y/o voluntad por parte del cuidador. El rechazo de diagnóstico también puede darse en el futuro cuidador principal. Un PCD en fase inicial no suele ser estar acostumbrado a recibir cuidados a diferencia de pacientes de fases más avanzadas. El cuidador principal se encontrará en una situación nueva, y con unas responsabilidades que igual no había llegado a plantearse. Además, existen grupos poblacionales más vulnerables que otros a la hora de ejercer este papel. La aplicación regular del cuestionario Zarit nos objetivara la posible sobrecarga o síndrome de burn-out que pueda sufrir el cuidador (Anexo 4) <sup>13-16</sup>.</p> <hr/>



	<p><b><u>Deterioro de la memoria (00131)</u></b> y <b><u>confusión crónica (00129)</u></b>: falta de fuerza psíquica. Es el reflejo principal de la demencia, el deterioro progresivo de capacidades mentales como la memoria y la orientación temporal-espacial. Como se comentaba en el apartado de la metodología de este TFG, no existe una pauta recomendada de test que objetiven este deterioro, pero en la búsqueda bibliográfica hemos encontrado algunas como: test episódico (Anexo 8), Fototest (Anexo 6), MIS (Anexo 7), y el más conocido, el test de Pfeiffer (Anexo 3).</p> <hr/> <p><b><u>Negación ineficaz (00072)</u></b> y <b><u>ansiedad (00146)</u></b>: falta de conocimientos y voluntad. Uno de los posibles resultados del diagnóstico precoz de demencia es la negación por parte del paciente o el malestar característico de la ansiedad por conocer la evolución de su patología. La escala de Hamilton permitirá objetivar ese impacto del diagnóstico midiendo el nivel de ansiedad en el PCD o en su cuidador <sup>4,12</sup>.</p>
<p><b>10. Comunicarse con los demás, expresando emociones, temores.</b></p>	<p><b><u>Aislamiento social (00053)</u></b> y <b><u>aflicción crónica (00137)</u></b>: falta de conocimientos y de voluntad. La etapa inicial de la demencia en la que el PCD se hace consciente de su patología y de su deterioro progresivo puede tener consecuencias comunicativas por la manera de afrontar el diagnóstico, por el mismo o la visión de la patología por su entorno como algo incapacitante,</p>

	creándose a veces pensamientos de menosprecio compasivo subconscientemente <sup>11,12</sup> .
<b>11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.</b>	No encontrados.
<b>12. Ocupación y realización personal.</b>	<u>Riesgo de baja autoestima crónica (00224)</u> : falta de motivación (posteriormente con la evolución de la demencia será también causa de la falta de fuerza psíquica). A raíz del impacto del diagnóstico inicial no solo se verá afectada su interacción con los demás, sino la autopercepción del PCD, existiendo el riesgo de desarrollar percepciones negativas sobre el mismo o sus capacidades. La aplicación periódica de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Anexo 5) (en aquellos que no sean pacientes de demencia presenil) nos dará la información necesaria sobre la manifestación de depresión en el paciente <sup>11,12</sup> .
<b>13. Participar en actividades recreativas.</b>	No encontrados.
<b>14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.</b>	<u>Conocimientos deficientes (00126)</u> : falta de conocimientos y posiblemente de voluntad en función de cómo se encare el diagnóstico inicial de demencia. Como toda patología recién descubierta para el paciente y su entorno, será necesaria la instrucción básica del paciente sobre el DCL y el impacto que tendrá en su vida.

## 5.2 APLICACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS: PLANIFICACIÓN

Con los DxE seleccionados en la valoración realizada en la búsqueda bibliográfica, se procede a elaborar el PCE describiendo mediante taxonomía los objetivos y sus respectivas actividades para su cumplimiento.

Para no repetir referencias bibliográficas en las distintas tablas se reflejan ahora: NANDA<sup>24</sup>, NOC<sup>25</sup> y NIC<sup>26</sup>.

**Tabla 3-7.** DxE con sus respectivos resultados esperados y las actividades a seguir para su cumplimiento.

TAXONOMÍA NANDA	
<p><b>Dominio 1:</b> Promoción de la salud  <b>Clase 2:</b> Gestión de la salud  <b>D.E.: MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD (00099):</b> Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.                      Mantenimiento ineficaz de la salud <b>r/c</b> deterioro cognitivo e incapacidad para realizar juicios apropiados <b>m/p</b> incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las practicas básicas de salud y falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios del entorno.</p>	
TAXONOMÍA NOC	
<p><b>Dominio 2:</b> Salud fisiológica: Resultados que describen el funcionamiento orgánico  <b>Clase F:</b> Neurocognitiva: Resultados que describen los estados neurológicos y cognitivos de una persona  <b>Resultado: Cognición (0900):</b> Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Atiende (090003):</b> Sustancialmente comprometido (Escala Likert: 2)</li> <li>– <b>Está orientado (090005):</b> Sustancialmente comprometido (Escala Likert: 2)</li> <li>– <b>Memoria reciente (0900007):</b> Sustancialmente comprometido (Escala Likert: 2)</li> </ul> <p><b>Objetivos:</b></p>

	Mantener una puntuación de 2 en los dos últimos indicadores, y en el indicador de "Atiende" aumentar al menos un punto en el plazo de 2 semanas.
<p><b>Dominio 1:</b> Salud funcional: Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida</p> <p><b>Clase D:</b> Autocuidado: Resultados que describen la capacidad de una persona para realizar actividades instrumentales y básicas de la vida diaria</p> <p><b>Resultado: Nivel de autocuidado (0313)</b></p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prepara comida y bebida para ingerir (031303):</b> Moderadamente comprometido (3)</li> <li>- <b>Controla su propia medicación no parenteral (031315):</b> Sustancialmente comprometido (2)</li> <li>- <b>Controla la economía del hogar (031311):</b> Sustancialmente comprometido (2)</li> </ul> <p><b>Objetivos:</b></p> <p>Aumentar la puntuación de los tres indicadores al menos en un punto en un periodo de 3-4 semanas.</p>
<b>TAXONOMÍA NIC</b>	
<p><b>Campo 3:</b> Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p><b>Clase O:</b> Terapia conductual</p> <p><b>Intervención: Terapia con el entorno (4390):</b> Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediatos al paciente para promover un funcionamiento psicosocial óptimo.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar la normalidad del ambiente mediante el uso de relojes, calendarios...</li> <li>- Incluir al paciente en las decisiones acerca de sus propios cuidados</li> <li>- Facilitar una comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores y demás personal sanitario.</li> </ul>
<p><b>Campo 1:</b> Fisiológico básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico</p> <p><b>Clase D y F:</b> Apoyo nutricional y Facilitación de los autocuidados</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar la capacidad de deglutir del paciente (Riesgo de disfagia conforme avanza la demencia)</li> <li>- Identificar la dieta prescrita</li> </ul>

<p><b>Intervención: Ayuda con los autocuidados: alimentación (1803):</b> Ayudar a una persona a comer.</p> <hr/> <p><b>Campo 2:</b> Fisiológico complejo: cuidados que apoyan la regulación homeostática</p> <p><b>Clase H:</b> Control de fármacos: intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos</p> <p><b>Intervención: Administración de medicación: oral (2304):</b> preparación y administración de medicamentos por la boca.</p> <hr/> <p><b>Campo 1:</b> Fisiológico básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico</p> <p><b>Clase F:</b> Facilitación de los autocuidados: intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.</p> <p><b>Intervención: Ayuda con los autocuidados: AIVD (1805):</b> Ayudar y enseñar a una persona a realizar actividades instrumentales de la vida diaria necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar interacción social si procede</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir los cinco principios de la administración de medicación</li> <li>- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria (p.ej., realizar la compra, cocinar, manejar el dinero...)</li> <li>- Determinar los recursos económicos y las preferencias personales respecto a las modificaciones en el hogar. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al individuo a establecer métodos y rutinas para cocinar, limpiar y comprar.</li> </ul> </li> </ul>
---	--

### TAXONOMÍA NANDA

**Dominio 5:** Percepción/Cognición

**Clase 4:** Cognición

**D.E.: DETERIORO DE LA MEMORIA (00131):** Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales

Deterioro de la memoria **r/c** trastorno neurológico **m/p** incapacidad para recordar acontecimientos, información sobre los hechos o conductas y para aprender-retener nueva información. Además, expresa experiencia de olvidos.

### TAXONOMÍA NOC

**Dominio 2:** Salud fisiológica: Resultados que describen el funcionamiento orgánico

**Clase J:** Neurocognitiva: Resultados que describen los estados neurológicos y cognitivos de una persona.

**Resultado: Memoria (0908):** Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada

**Indicadores:**

- **Recuerda información inmediata de forma precisa (090801)**
- **Recuerda información reciente de forma precisa (090802)**
- **Recuerda información remota de forma precisa (090803)**

Los tres indicadores se encontrarían en un 2 de la escala Likert (sustancialmente comprometido)

**Objetivos:**

Mantener a 2 los tres indicadores el máximo tiempo posible conforme avance su patología.

**Dominio 4:** Conocimiento y conducta de salud: Resultados que describen actividades, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.

**Clase S:** Conocimientos sobre salud: Resultados que describen la comprensión de una persona a la hora de

**Indicadores:**

- **Signos y síntomas de inicio (185101):** Conocimiento escaso (2)
- **Tipo de demencia (185102):** Ningún conocimiento (1)
- **Fases de la demencia (185103):** Ningún conocimiento (1)

<p>aplicar la información para favorecer, mantener o restablecer la salud.</p> <p><b>Resultado: Conocimiento: manejo de la demencia (1851):</b> Grado de conocimiento transmitido sobre la demencia progresiva, su curso durante un periodo prolongado de tiempo, y el plan de cuidados generales según la enfermedad progresa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Importancia de compartir sentimientos acerca de las pérdidas funcionales (185108):</b> Conocimiento moderado (3)</li> <li>- <b>Importancia de estimular las funciones mentales que permanecen (185109):</b> Conocimiento escaso (2)</li> </ul> <p><b>Objetivos:</b>          Obtendrá un conocimiento sustancial (4) sobre los tipos, las fases, y la sintomatología de la demencia y un conocimiento extenso (5) sobre la importancia de compartir los sentimientos y la de estimular las funciones mentales que permanecen. Todo ello en un periodo máximo de un mes.</p>
<b>TAXONOMÍA NIC</b>	
<p><b>Campo 3:</b> Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p><b>Clase P:</b> Terapia cognitiva: intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable.</p> <p><b>Intervención: Terapia de reminiscencia (4860):</b> Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales.</p> <hr/> <p><b>Campo 3:</b> Conductual  <b>Clase P:</b> Terapia cognitiva</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar que método de reminiscencia es más eficaz.</li> <li>- Introducir estímulos a los cinco sentidos para estimular el recuerdo.</li> <li>- Utilizar técnicas de comunicación para desarrollar la relación.</li> <li>- Ajustar el número de sesiones en función de la respuesta del paciente y su deseo de continuar.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas</li> <li>- Colocar objetos familiares y fotografías en su ambiente</li> <li>- Reforzar o repetir la información</li> <li>- Solicitar al paciente que repita la información</li> </ul>

<p><b>Intervención: Estimulación cognoscitiva (4720):</b> Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.</p>	
<p><b>Campo 3:</b> Conductual <b>Clase P y S:</b> Terapia cognitiva y Educación de los pacientes <b>Intervención: Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540):</b> Mejorar la capacidad y disposición de recibir información</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar el nivel de orientación/confusión del paciente</li> <li>- Vigilar el estado emocional del paciente</li> <li>- Lograr la participación de la familia/seres queridos, si resulta oportuno.</li> <li>- Explicar cómo la información ayudará a que el paciente cumpla con las metas.</li> </ul>



<b>TAXONOMÍA NANDA</b>	
<p><b>Dominio 7:</b> Rol/Relaciones  <b>Clase 1:</b> Roles de cuidador  <b>D.E.: RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00062)</b>  Riesgo de cansancio del rol de cuidador <b>r/c</b> falta de experiencia para cuidar (parientes, familiares), futuros problemas psicológicos y problemas cognitivos actuales del receptor, y duración de la necesidad de cuidados.</p>	
<b>TAXONOMÍA NOC</b>	
<p><b>Dominio 6:</b> Salud familiar: resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia.  <b>Clase W:</b> Desempeño del cuidado familiar: resultados que describen la adaptación y desempeño de un miembro de la familia que cuida a un niño o adulto dependiente.  <b>Resultado: Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203):</b> Gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador.</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Trastorno de la rutina (220315):</b> Sustancial (2)</li> <li>– <b>Productividad laboral (220309):</b> Levemente comprometido (4)</li> <li>– <b>Responsabilidades del rol (220310):</b> Levemente comprometido (4)</li> </ul> <p><b>Objetivos:</b>  Mantener los tres indicadores en su nivel actual, e impedir el agravamiento del trastorno de la rutina por debajo de un (3) en un periodo de un año.</p>
<p><b>Dominio 6:</b> Salud familiar  <b>Clase W:</b> Desempeño del cuidado familiar  <b>Resultado: Factores estresantes del cuidador familiar (2208):</b> Gravedad de la presión biopsicosocial sobre un cuidador familiar por parte de otro durante un extenso periodo de tiempo.</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Carga percibida de problemas de salud progresivos del receptor de los cuidados (220820):</b> Moderado (3)</li> <li>– <b>Pérdida de tiempo personal (220816):</b> Ligeramente (4)</li> </ul> <p><b>Objetivos:</b>  Mantener la carga percibida en moderada (3) y no permitir que la pérdida de tiempo personal avance a sustancial (2) o intenso (1) en la evolución de la demencia del receptor de los cuidados.</p>
<b>TAXONOMÍA NIC</b>	

<p><b>Campo 5:</b> Familia: cuidados que apoyan a la unidad familiar</p> <p><b>Clase X:</b> Cuidados de la vida: intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de la familia a lo largo de toda su vida.</p> <p><b>Intervención: Fomentar la implicación familiar (7110):</b> Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una relación personal con el paciente y miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado</li> <li>- Identificar la capacidad de los miembros</li> <li>- Identificar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal</li> <li>- Identificar la falta de autocuidados del paciente</li> <li>- Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, si procede por edad o enfermedad.</li> </ul>
<p><b>Campo 5:</b> Familia</p> <p><b>Clase X:</b> Cuidados de la vida</p> <p><b>Intervención: Apoyo al cuidador principal (7040):</b> Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador</li> <li>- Observar si hay indicios de estrés</li> <li>- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente</li> <li>- Utilizar grupos de apoyo y procesos de quejas para apoyar al cuidador</li> </ul>

TAXONOMÍA NANDA	
<p><b>Dominio 9:</b> Afrontamiento/Tolerancia al estrés  <b>Clase 2:</b> Respuestas de afrontamiento  <b>D.E.: NEGACIÓN INEFICAZ (00072)</b>  Negación ineficaz <b>r/c</b> miedo a la pérdida de autonomía y amenaza de una realidad desagradable <b>m/p</b> Incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida</p>	
TAXONOMÍA NOC	
<p><b>Dominio 3:</b> Salud psicosocial: resultados que describen el funcionamiento psicológico y social  <b>Clase M:</b> Bienestar psicológico:  <b>Resultado: Nivel de ansiedad (1211):</b> Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Inquietud (121105):</b> Sustancial (2)</li> <li>- <b>Trastorno del sueño (121129):</b> Moderado (3)</li> <li>- <b>Dificultades de aprendizaje (121113):</b> Grave (1)</li> </ul> <p><b>Objetivos:</b>  Aumentar los indicadores de Inquietud y trastorno del sueño a 4 (leve) en un mes, y la dificultad de aprendizaje a 3 (moderado) mantenerla el máximo tiempo posible dada su patología.</p>
<p><b>Dominio 3:</b> Salud psicosocial:  <b>Clase N:</b> Adaptación psicosocial: resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de una persona a la alteración de la salud o de las circunstancias de vida.  <b>Resultado: Aceptación: estado de salud (1300):</b>  Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Reconoce la realidad de la situación de salud (130008):</b> Raramente demostrado (2)</li> <li>- <b>Se adapta al cambio en el estado de salud (130017):</b> Raramente demostrado (2)</li> </ul> <p><b>Objetivos:</b>  Aumentar a 4 (frecuentemente demostrado) ambos indicadores en una semana desde el diagnóstico inicial.</p>
TAXONOMÍA NIC	

<p><b>Campo 3:</b> Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida</p> <p><b>Clase R:</b> Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles: intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</p> <p><b>Intervención: Mejora de la autoconfianza (5395):</b> Refuerzo de la confianza de un individuo de su capacidad.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar obstáculos al cambio de conducta</li> <li>- Reforzar la confianza al hacer cambios</li> <li>- Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad (p.ej., juegos, enseñanza asistida por ordenador o mapas de conversación)</li> <li>- Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.</li> </ul>
<p><b>Campo 3:</b> Conductuales</p> <p><b>Clase R:</b> Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p> <p><b>Intervención: Declarar la verdad al paciente (5470):</b> Uso de toda la verdad, verdad parcial o retardar el decirlo para fomentar la autodeterminación y el bienestar del paciente.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una relación de confianza</li> <li>- Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza</li> <li>- Registrar las respuestas del paciente en los diversos estadios de la intervención</li> <li>- Permanecer con el paciente al que se le haya dicho la verdad y estar preparado para clarificar, dar apoyo y recibir feedback.</li> <li>- Estar físicamente presente para comunicar aprecio y apoyo, si se ha tomado la decisión de retener la información.</li> </ul>

## TAXONOMÍA NANDA

**Dominio 12:** Confort

**Clase 3:** Confort social

**D.E.: AISLAMIENTO SOCIAL (00053):** soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Deterioro de la memoria **r/c** alteración del estado mental **m/p** acciones repetitivas, retraimiento y actitud triste

## TAXONOMÍA NOC

**Dominio 5:** Salud percibida: resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria

**Clase U:** Salud y calidad de vida: resultados que describen el estado de salud percibido de una persona y las circunstancias de vida relacionadas con ella.

**Resultado: Bienestar personal (2002):** Grado de percepción positiva del propio estado de salud actual

**Indicadores:**

- **Salud psicológica (200202):** Moderadamente satisfecho (3)
- **Estado cognitivo (200206):** No del todo satisfecho (1)
- **Capacidad de afrontamiento (200207):** No del todo satisfecho (1)

**Objetivos:**

Aumentar a 2 (algo satisfecho) los indicadores de salud psicológica y de estado cognitivo en la medida de lo posible dada su patología base. Y aumentar a 4 (muy satisfecho) la capacidad de afrontamiento en un periodo de dos semanas desde el diagnóstico inicial.

**Dominio 3:** Salud psicosocial: resultados que describen el funcionamiento psicológico y social

**Clase P:** Interacción social: resultados que describen las relaciones de una persona con los demás

**Resultado: Implicación social (1503):** Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.

**Indicadores:**

- **Interacción con amigos íntimos (150301):** A veces demostrado (3)
- **Interacción con miembros de la familia (150303):** A veces demostrado (3)
- **Participación en organización de actividades de ocio (150311):** A veces demostrado (3)

**Objetivos:**

	Aumentar la interacción en ambos indicadores a 4 (frecuentemente demostrado) en un periodo de 2 a 4 semanas. Mantener la participación en la organización de actividades de ocio en 3 (a veces demostrado).
<b>TAXONOMÍA NIC</b>	
<p><b>Campo 3:</b> Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida</p> <p><b>Clase Q:</b> Potenciación de la comunicación: intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.</p> <p><b>Intervención: Escucha activa (4920):</b> Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer el propósito de la interacción</li> <li>- Mostrar interés en el paciente</li> <li>- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones</li> <li>- Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz</li> <li>- Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación</li> <li>- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación</li> </ul>
<p><b>Campo 3:</b> Conductual</p> <p><b>Clase Q:</b> Potenciación de la comunicación</p> <p><b>Intervención: Potenciación de la socialización (5100):</b> Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Animar al paciente a desarrollar relaciones</li> <li>- Ayudar al paciente que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás</li> <li>- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones</li> <li>- Fomentar las actividades sociales y comunitarias</li> <li>- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.</li> </ul>

## 6. CONCLUSIONES

Después de la pertinente revisión bibliográfica para la valoración, en base al modelo de Virginia Henderson, se hizo evidente el fuerte impacto que puede producir el diagnóstico de una patología como la demencia en sus fases iniciales cuando el paciente todavía puede no ser consciente de las pérdidas cognitivas que sufre y de su progreso.

La existencia de un Plan de Cuidados Estandarizados por taxonomía enfermera para Atención Primaria es un recurso útil para los pacientes (y sus familiares) recién diagnosticados debido al impacto en su futuro estilo de vida y el desconocimiento de la patología de demencia y sus posibles etiologías.

Siguiendo las actividades para la consecución de los objetivos se podrá afrontar y objetivar el avance de la demencia, siendo importante la formación de los cuidadores para reconocer el posible síndrome de burn-out, prevenirlo, y permitir que el cuidado sea una experiencia enriquecedora. Así, junto con el paciente, poder afrontar la disminución de las capacidades del ser humano con el paso del tiempo con una actitud positiva.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.** González Rodríguez VM, Marín Ibáñez A, Mateos González A, Sánchez Vázquez. Guía de Buena Práctica Clínica en Alzheimer y otras demencias. 2ª ed. [s.l.]. OMC. [s.a.]. [citado 27 abr 2017]. Disponible en: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/guabuenapractica.pdf>
- 2.** Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de buena práctica clínica en Alzheimer y otras demencias. Madrid: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Consulta el 26 de abr de 2017]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_484\\_Alzheimer\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf)
- 3.** Velázquez Morales N, Villarreal Reyna MA, Carrillo Cervantes AL, Benavides-Torres RA, González Tovar J. Síntesis de revisiones sistemáticas de intervenciones para cuidadores de pacientes con demencia. Nure Inv. [Internet]. 2016. [citado 26 abr 2017]; 84(13):1-7. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/911/720>
- 4.** Angeles Abanto NB, Escobar Fernández M. Prevalencia de demencias en una zona básica de salud de León. Med gen y fam [Internet]. 2015 [citado 14 may 2017]; 4(1):5-9. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S1889543315000031/1-s2.0-S1889543315000031-main.pdf?tid=3061b50e-559e-11e7-ad4d-00000aab0f27&acdnat=1497952536\\_6ea9e9c7ac5f18ee12fd6c710c1c3928](http://ac.els-cdn.com/S1889543315000031/1-s2.0-S1889543315000031-main.pdf?tid=3061b50e-559e-11e7-ad4d-00000aab0f27&acdnat=1497952536_6ea9e9c7ac5f18ee12fd6c710c1c3928)
- 5.** Vega Alonso T, Miralles Espí M, Mangas Reina JM, Castrillejo Pérez D, Rivas Pérez AI, Gil Costa M, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. NRL [Internet]. 2016 [citado 14 may 2017]; 991: 1-8. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0213485316302171/1-s2.0-S0213485316302171-main.pdf?tid=74ad03e8-559f-11e7-a305-00000aacb360&acdnat=1497953080\\_2f777632c2f99e6cf111ce8cce55950a](http://ac.els-cdn.com/S0213485316302171/1-s2.0-S0213485316302171-main.pdf?tid=74ad03e8-559f-11e7-a305-00000aacb360&acdnat=1497953080_2f777632c2f99e6cf111ce8cce55950a)
- 6.** Garzón Paterson M, Pascual Cuesta Y. Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [citado 16 may 2017]. 31(3).



Disponible en:  
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/684/128>

**7.** Iribarren Salvatierra N, Erro Arantza I. Intervención familiar enfermera en la Unidad de Memoria: Plan de cuidados. Pulso [Internet]. 2016 [citado 16 may 2017]. 85: 24-27. Disponible en: [http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=696331\\_1](http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=696331_1)

**8.** Pérez Díaz A, Armengod Ramo M. Análisis de la utilidad de las terapias no farmacológicas en las demencias. TOG [Internet]. 2015 [citado 24 abr 2017]. 12(21):1-38. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original5.pdf>

**9.** González A, Marchetti A. Beneficios de la intervención psicomotriz en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado. Enfermería (Motev.) [Internet]. 2014 [citado 17 may 2017]. 3(2):49-56. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/594/595>

**10.** Alom Poveda J, Baquero M, González-Adalid Guerreiro M. NRL [Internet]. 2013 [citado 17 may 2017]. 28(8):477-487. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-linkresolver-estadio-evolutivo-los-pacientes-con-S0213485312002721>

**11.** Buxó MJ, Casado MJ. Reflexiones bioéticas sobre el cuidado prematuro desencadenado por el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer. Gac Sanit [Internet]. 2014 [citado 15 may 2017]. 28(5):426-428. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/reflexiones-bioeticas-sobre-el-cuidado/S0213911114000995/>

**12.** Fowler NR, Frame A, Perkins AJ, Gao S, Watson DP, Monahan P, et al. Traits of patients who screen positive for dementia and refuse diagnostic Assessment. Alzheimer's & Dementia [Internet]. 2015 [citado 18 may 2017]. 1(2):236-241. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S2352872915000329/1-s2.0-S2352872915000329-main.pdf?tid=1589232c-55ab-11e7-9cca-00000aacb362&acdnat=1497958075\\_11594b968ab62e097c22addc415ffd07](http://ac.els-cdn.com/S2352872915000329/1-s2.0-S2352872915000329-main.pdf?tid=1589232c-55ab-11e7-9cca-00000aacb362&acdnat=1497958075_11594b968ab62e097c22addc415ffd07)

- 13.** Ortiz Caballero C, Jiménez López A. Cuidados invisibles, cuidados imprescindibles. Rev Paraninfo digital [Internet]. 2010 [citado 17 may 2017]. 10. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n10/p012.php>
- 14.** Valentín Rabadán S, Domínguez Gómez P, Moreno Ortega JA. El paciente con demencia y los recursos sociosanitarios. Rev. Paraninfo digital [Internet]. 2015 [citado 17 may 2017]. 22. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n22/301.php>
- 15.** Sotto Mayor M, Sequeira C, Carcía B. Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención. Gerokomos [Internet]. 2013 [citado 26 abr 2017]. 24(3): 115-119. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2013000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- 16.** García Díaz S, García Díaz MJ, Illán Noguera CR, Álvarez Martínez MC, Martínez Rabadán M, Pina Díaz LM. Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica. Enferm Docente [Internet]. 2013 [citado 16 may 2017]. 101:36-40. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/edocente/101pdf/101-036.pdf>
- 17.** Olazarán Rodríguez J, Sastre Paz M, Martín Sánchez S. Asistencia sanitaria en las demencias: satisfacción y necesidades del cuidador. NRL [Internet]. 2012 [citado 16 may 2017]. 27(4):189-196. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-linkresolver-asistencia-sanitaria-las-demencias-satisfaccion-S0213485311002714>
- 18.** Sanitat Generalitat Valenciana [Internet]. Alicante: Dirección enfermería hospital general universitario de Alicante. 2011 [citado 2 junio 2017]. Guía de validación de los planes de cuidados estandarizados. Disponible en: [http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18136/guiaPAE\\_enero2011.pdf](http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18136/guiaPAE_enero2011.pdf)
- 19.** Alfaro Lefevre R. Aplicación del Proceso enfermero. 5ª ed. Barcelona (España): Masson; 2009.

- 20.** Alba Rosales MA, Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo MD, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1ª ed. Jaén (España): Colegio de Enfermería de Jaén; 2010.
- 21.** Junta de Andalucía: consejería de salud [Internet]. Andalucía(España) Servicio andaluz de Salud. 2016 [citado 3 jun 2017]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_desa\\_innovacion5](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_innovacion5)
- 22.** Olararán J, Hoyos Alonso MC, del Ser T, Garrido Barral A, Conde Sala JL, Bermejo Pareja F. Aplicación práctica de los test cognitivos breves. NRL [Internet]. 2016 [citado 2 jun 2017]. 31(3):183-194. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-linkresolver-aplicacion-practica-los-test-cognitivos-S021348531500184X>
- 23.** Ojea Ortega T, González Álvarez de Sotomayor MM, Pérez González O, Fernández Fernández O. Un nuevo test para la valoración de la memoria episódica. Test episódico y test episódico del cuidador. NRL [Internet]. 2013 [citado 3 jun 2017]. 28(8):488-496. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-linkresolver-un-nuevo-test-valoracion-memoria-S0213485312002733>
- 24.** Nanda International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2012-2014).1ª ed. Barcelona (España): Elsevier; 2013.
- 25.** Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Barcelona (España): Elsevier; 2013.
- 26.** Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona (España): Elsevier; 2009.

## ANEXOS

### **Anexo 1. Las catorce necesidades de Virginia Henderson <sup>20</sup>.**

*Necesidades básicas.* Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

## Anexo 2. Escala de ansiedad de Hamilton <sup>21</sup>.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4

<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

### Anexo 3. Test de Pfeiffer aplicado en la valoración del paciente <sup>21</sup>.

#### CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

**Anexo 4. Escala de Zarit de sobrecarga del cuidador aplicado en la valoración <sup>21</sup>.**

<b>Instrucciones para la persona cuidadora:</b> A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					



**Anexo 5. Test de depresion geriatica de Yesavage aplicada en la valoración<sup>21</sup>.**

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- <i>¿Siente que su vida está vacía?</i>	SÍ	NO
4- <i>¿Se siente con frecuencia aburrido/a?</i>	SÍ	NO
5- <i>¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?</i>	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- <i>¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?</i>	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- <i>¿Se siente lleno/a de energía?</i>	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
<b>Puntuación total – V5</b>		
<b>Puntuación total – V15</b>		

**Anexo 6. Test de depresion geriatrica de Yesavage aplicada en la valoración<sup>21</sup>.**



## Anexo 7. Test MIS aplicada en la valoración <sup>22</sup>

### MEMORY IMPAIRMENT SCREEN (MIS)

#### Instructions for Administration

1. Show patient a sheet of paper with the 4 items to be recalled in 24-point or greater uppercase letters (on other side), and ask patient to read the items aloud.
2. Tell patient that each item belongs to a different category. Give a category cue and ask patient to indicate which of the words belongs in the stated category (eg, "Which one is the game?"). Allow up to 5 attempts. Failure to complete this task indicates possible cognitive impairment.
3. When patient identifies all 4 words, remove the sheet of paper. Tell patient that he or she will be asked to remember the words in a few minutes.
4. Engage patient in distractor activity for 2 to 3 minutes, such as counting to 20 and back, counting back from 100 by 7, spelling WORLD backwards.
5. FREE RECALL — 2 points per word: Ask patient to state as many of the 4 words he or she can recall. Allow at least 5 seconds per item for free recall. Continue to step 6 if no more words have been recalled for 10 seconds.
6. CUED RECALL — 1 point per word: Read the appropriate category cue for each word not recalled during free recall (eg, "What was the game?").

Word	Cue	Free recall (2 pts.)	Cued Recall (1 pts)
Checkers	Game		
Saucer	Dish		
Telegram	Message		
Red Cross	Organization		

#### Scoring

**The maximum score for the MIS is 8.**

- 5-8 No cognitive impairment
- ≤ 4 Possible cognitive impairment

### WORD LIST

CHECKERS

SAUCER

TELEGRAM

RED CROSS

## Anexo 8. Test episódico aplicado en la valoración.

¿A qué hora salió para la consulta del médico y de dónde?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
¿Qué medio de transporte ha utilizado para llegar?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
¿Con quién acudió usted a la consulta y dónde estamos?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
¿Dónde comió ayer? ¿A qué hora?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
¿Con quién comió ayer a mediodía?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
¿Qué comió usted ayer A) primer y segundo plato B) postre	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
¿Con quién comió usted el pasado domingo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
¿Dónde comió el pasado domingo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
¿Qué comió el pasado domingo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1

PUNTUACIÓN MÁXIMA 23 PUNTOS  
 PUNTO DE CORTE 18-19 (DCLa)  
 < 18 EA  
 > 19 NORMALIDAD

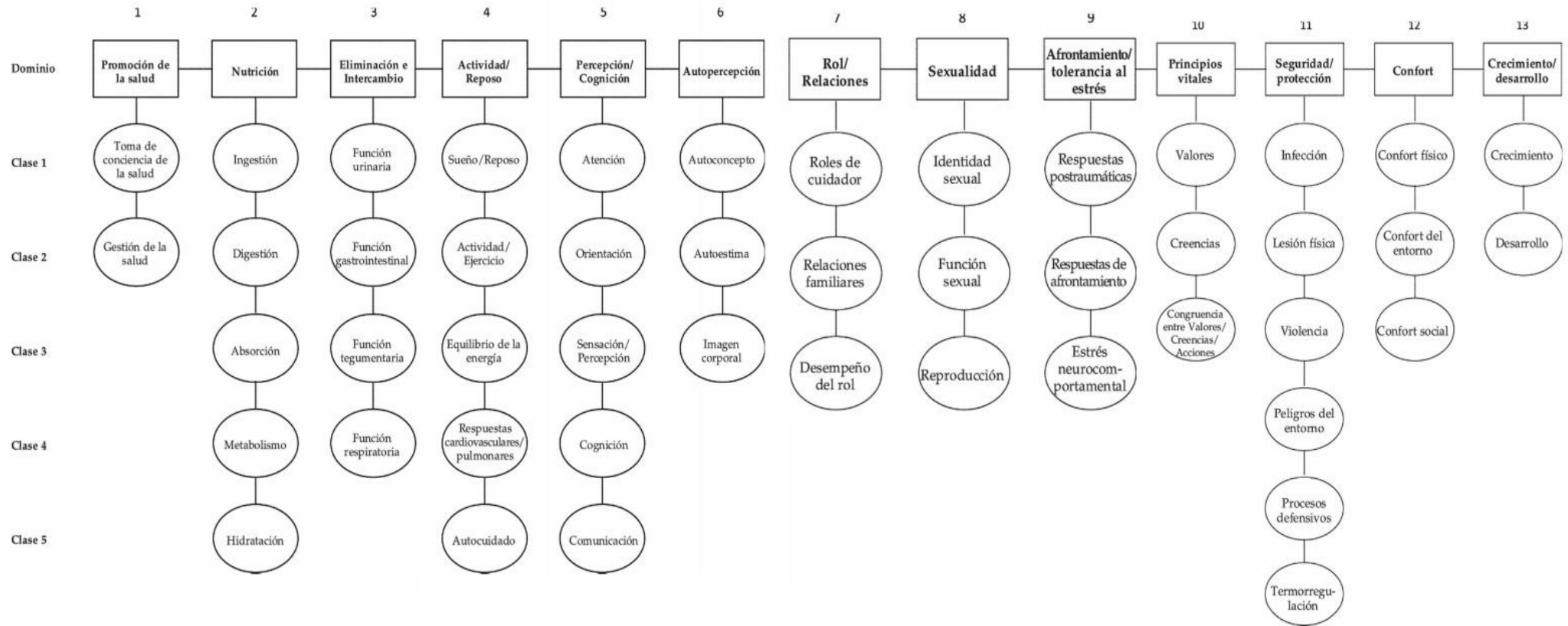
**Figura 1** Test episódico.

¿A qué hora se despertó hoy?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
¿Con quién desayuno hoy?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
¿Qué desayuno hoy?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
¿Dónde comió ayer? ¿A qué hora?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
¿Con quién comió ayer a mediodía?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
¿Qué comió usted ayer A) primer y segundo plato B) postre	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
¿Con quién comió usted el pasado domingo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
¿Dónde comió el pasado domingo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
¿Qué comió el pasado domingo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1

**Figura 2** Adaptación de los 3 primeros ítems para los pacientes que pasan el test en residencias o en el domicilio.

La adaptación de los 3 primeros ítems fue realizada para que el cuidador pueda pasarla en casa y para pacientes internados en residencias en el que preguntas como «con quién

## Anexo 9. Taxonomía NANDA 24.



## Anexo 10. Taxonomía NOC <sup>25</sup>.

La taxonomía NOC							
	Dominio I	Dominio II	Dominio III	Dominio IV	Dominio V	Dominio VI	Dominio VII
<b>Nivel 1</b> <i>Dominios</i>	Salud funcional Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida	Salud fisiológica Resultados que describen el funcionamiento orgánico	Salud psicosocial Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social	Conocimiento y conducta de salud Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad	Salud percibida Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria	Salud familiar Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia	Salud comunitaria Resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población
<b>Nivel 2</b> <i>Clases</i>	<p>Mantenimiento de la energía Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de una persona</p> <p>Crecimiento y desarrollo Resultados que describen la maduración física, emocional y social de una persona</p> <p>Movilidad Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos</p> <p>Autocuidado Resultados que describen la capacidad de una persona para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria</p>	<p>Cardiopulmonar Resultados que describen el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona</p> <p>Eliminación Resultados que describen los patrones y el estado de excreción y eliminación de una persona</p> <p>Líquidos y electrolitos Resultados que describen el estado hidroelectrolítico de una persona</p> <p>Respuesta inmune Resultados que describen la reacción fisiológica de una persona a sustancias extrañas o que el organismo considera extrañas</p> <p>Regulación metabólica Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar el metabolismo corporal</p> <p>Neurocognitiva Resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de una persona</p> <p>Digestión y Nutrición Resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de una persona</p> <p>Respuesta terapéutica Resultados que describen una reacción sistémica de una persona a un tratamiento, agente o método sanitario</p> <p>Integridad tisular Resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona</p> <p>Función sensitiva Resultados que describen la percepción de una persona y el uso de la información sensorial</p>	<p>Bienestar psicológico Resultados que describen la salud emocional de una persona y la autopercepción relacionada</p> <p>Adaptación psicosocial Resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de una persona a la alteración de la salud o de las circunstancias de vida</p> <p>Autocontrol Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar una conducta que puede ser emocional o físicamente perjudicial para sí mismo y para los demás</p> <p>Interacción social Resultados que describen las relaciones de una persona con los demás</p>	<p>Conducta de salud Resultados que describen las acciones de una persona para promover o restaurar la salud</p> <p>Creencias sobre la salud Resultados que describen las ideas y percepciones de una persona que influyen en la conducta de salud</p> <p>Conocimientos sobre salud Resultados que describen la comprensión de una persona a la hora de aplicar la información para promover, mantener o restablecer la salud</p> <p>Gestión de la salud Resultados que describen las acciones de una persona para controlar una enfermedad aguda o crónica</p> <p>Control del riesgo y seguridad Resultados que describen el estado de seguridad de una persona y/o las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud</p>	<p>Salud y calidad de vida Resultados que describen el estado de salud percibido de una persona y las circunstancias de vida relacionadas con ella</p> <p>Satisfacción con los cuidados Resultados que describen percepciones de una persona de la calidad y la adecuación de la asistencia sanitaria</p> <p>Sintomatología Resultados que describen los indicios de una enfermedad, lesión o pérdida en una persona</p>	<p>Desempeño del cuidador familiar Resultados que describen la adaptación y desempeño de un miembro de la familia que cuida a un niño o adulto dependiente</p> <p>Estado de salud de los miembros de la familia Resultados que describen la salud física, psicológica, social y espiritual de un miembro de la familia</p> <p>Bienestar familiar Resultados que describen el entorno familiar, el estado de salud global y la competencia social de la familia como unidad</p> <p>Ser padre Resultados que describen conductas de los padres que fomentan el crecimiento y el desarrollo óptimos de un hijo</p>	<p>Protección de la salud comunitaria Resultados que describen las estructuras y programas de una comunidad para eliminar o reducir los riesgos sanitarios y aumentar la resistencia comunitaria a las amenazas sanitarias</p> <p>Bienestar comunitario Resultados que describen el estado global de salud y la competencia social de una población o comunidad</p>

## Anexo 11. Taxonomía NIC <sup>26</sup>.

TAXONOMÍA NIC							
	Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5	Campo 6	Campo 7
<b>Nivel 1 Campos</b>	<b>1. Fisiológico: Básico</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	<b>2. Fisiológico: Complejo</b> Cuidados que apoyan la regulación homeostática	<b>3. Conductual</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida	<b>4. Seguridad</b> Cuidados que apoyan la protección contra peligros	<b>5. Familia</b> Cuidados que apoyan a la unidad familiar	<b>6.-Sistema sanitario</b> Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria	<b>7. Comunidad</b> Cuidados que apoyan la salud de la comunidad
<b>Nivel 2 Clases</b>	<p><b>A Control de actividad y ejercicio:</b> Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía</p> <p><b>B Control de la eliminación:</b> Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas</p> <p><b>C Control de inmovilidad:</b> Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas</p> <p><b>D Apoyo nutricional:</b> Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional</p> <p><b>E Fomento de la comodidad física:</b> Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas</p> <p><b>F Facilitación de los autocuidados:</b> Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana</p>	<p><b>G Control de electrolitos y ácido-base:</b> Intervenciones para regular el equilibrio de electrolitos y ácido-base y prevenir complicaciones</p> <p><b>H Control de fármacos:</b> Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos</p> <p><b>I Control neurológico:</b> Intervenciones para optimizar la función neurológica</p> <p><b>J Cuidados perioperatorios:</b> Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía</p> <p><b>K Control respiratorio:</b> Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso</p> <p><b>L Control de la piel/heridas:</b> Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos</p> <p><b>M Termorregulación</b> Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales</p> <p><b>N Control de la perfusión tisular</b> Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos</p>	<p><b>O Terapia conductual:</b> Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables</p> <p><b>P Terapia cognitiva:</b> Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo indeseable</p> <p><b>Q Potenciación de la comunicación:</b> Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales</p> <p><b>R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles:</b> Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento</p> <p><b>S Educación de los pacientes:</b> Intervenciones para facilitar el aprendizaje</p> <p><b>T Fomento de la comodidad psicológica:</b> Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas</p>	<p><b>U Control en casos de crisis:</b> Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas</p> <p><b>V Control de riesgos:</b> Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos</p>	<p><b>W Cuidados de un nuevo bebé:</b> Intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto</p> <p><b>Z Cuidados de crianza de un nuevo bebé:</b> Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños</p> <p><b>X Cuidados de la vida:</b> Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida</p>	<p><b>Y Mediación del sistema sanitario:</b> Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria</p> <p><b>a Gestión del sistema sanitario:</b> Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de los cuidados</p> <p><b>b Control de la información:</b> Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria</p>	<p><b>c Fomento de la salud de la comunidad:</b> Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad</p> <p><b>d Control de riesgos de la comunidad:</b> Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad</p>